

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° 427

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Bernard MAROGER

Né le 31 Janvier 1907, à AMBATOLAMPY (Madagascar)

Sur deux nouvelles observations
de Volvulus
au cours de la grossesse

Président : Monsieur COUVELAIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Bernard MAROGER

Né le 31 Janvier 1907, à AMBATOLAMPY (Madagascar)

Sur deux nouvelles observations
de Volvulus
au cours de la grossesse

Président : Monsieur COUVELAIRE, professeur

PARIS
VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1933

Doyen

BALTHAZARD

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale
Physiologie
Physique médicale
Chimie médicale
Bactériologie
Parasitologie et Histoire naturelle médicale
Pathologie et Thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène et médecine préventive
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE.
N...
BINET.
STROHL.
DESGREZ.
DEBRE.
BRUMPT.
BAUDOUIN.
CLERC.
MARION.
ROUSSY.
CHAMPY
TIFFENEAU.
LOEPER.
TANON.
BALTHAZARD.
LAIGNEL-

Pathologie expérimentale et comparée
Hydrologie et thérapeutique et climatologie

LAVASTINE

PIESSINGER.
Maur. VILLARET

Clinique médicale

CARNOT.
BEZANÇON.
ACHARD.
Marcel LABBE.

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies infectieuses

LEREBOULLET.
NOBECOURT.
H. CLAUDE.
GOUGEROT.
GUILLAIN.
LEMIERRE.

Clinique chirurgicale

LENORMANT.
CUNEO.

Clinique ophtalmologique

GREGOIRE.

Clinique urologique

GOSSET.

Clinique d'accouchements

TERRIEN.

Clinique gynécologique

LEGUEU.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie

COUVELAIRE.

Clinique thérapeutique médicale

BRINDEAU.

Clinique oto-rhino-laryngologique

JEANNIN.

Clinique thérapeutique chirurgicale

J.-L. FAURE.

Clinique propédeutique

OMBREDANNE.

Clinique de la Tuberculose

RATHERY.

Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte

LEMAITRE.

Pierre DUVAL.

SERGEANT.

Léon BERNARD.

MATHIEU.

HOVELACQUE.

MAUCLAIRE.

MULON.

VERNE.

Professeur sans chaire

II. — Agrégés en exercice

Mm.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychia-
trie.
AUBERTIN .. Pathologie médicale.
BENARD Henri Pathologie médicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.
BRULE Pathologie médicale.
BUSQUET Pharmacologie.
CADENAT Pathologie chirurgicale.

MM.

CATHALA Pathologie médicale.
CHABROL Pathologie médicale.
CHAILLEY-
BERT. Physiologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.
DOGNON Physique.
DONZELOT .. Pathologie médicale.



MM.	
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL ..	Bactériologie.
GATELLIER ..	Pathologie chirurgicale.
De GAUDART d'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Chimie biologique.
LABBE Henri ..	Hygiène.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.

MM.	
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING ...	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHTER, Fils..	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphili- graphie.
TROISIERS	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY-RADOT	Pathologie médicale.
(Pasteur) .	
VAUDESCAL ..	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.	
NEVEU- LEMAIRE	Parasitologie.
RETTERER ...	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.

MM.	
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
LE LORIER ..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
METZGER	—
GUENIOT	—

V. — Chargés de cours

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, Agrégé	Stomatologie.
LEDOUX LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLE	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Paris*

Qui nous a fait l'honneur de vouloir bien présider notre thèse.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

SUR DEUX NOUVELLES OBSERVATIONS DE VOLVULUS AU COURS DE LA GROSSESSE

Introduction

La grossesse, bien que grand facteur de compression abdominale et de constipation tenace, s'accompagne assez rarement d'une occlusion intestinale complète.

Ce contraste, constaté avant nous par de nombreux auteurs, nous a frappé, et nous avons voulu en étudier un aspect particulier à la lueur de deux observations nouvelles qu'il nous a été permis de publier grâce à l'obligeance de MM. J.-Ch. BLOCH et LAENNEC.

Parmi les différentes causes d'occlusions observées au cours de la grossesse, certaines sont manifestement gravidiques : tels sont les cas d'occlusion par utérus gravide fibromateux ou rétroversé ; d'autres sont manifestement extra-gravidiques : tels sont les cas d'iléus biliaire, d'infarctus mésentérique, d'étranglement interne, voire même d'appendicite, d'inflammation du diverticule de Meckel.

Mais les causes les plus intéressantes, à notre avis, sont celles qu'on a qualifiées de para-gravidiques, terme qui indique suffisamment que le rôle de la grossesse dans le mécanisme de l'occlusion est discutable. C'est dans ce cadre qu'entrent les occlusions par bride et par volvulus.

Nous n'avons pas la prétention d'envisager la totalité du problème, mais seulement d'étudier le point particulier du volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse, à propos de l'observation de M. J.-Ch. BLOCH, chirurgien des Hôpitaux, et de celle de M. LAENNEC, ancien interne des Hôpitaux.

Nous reprendrons donc ici l'étude du volvulus du côlon pelvien et nous insisterons plus spécialement sur deux chapitres qui nous ont paru mériter une attention particulière :

Celui du mécanisme, où nous discuterons le rôle qu'il convient de réserver à la grossesse dans la production de cette curieuse torsion intestinale, et celui de la symptomatologie où nous indiquerons la grande difficulté du diagnostic.

Étiologie

Nous n'avons pu trouver dans toute la littérature que 31 cas : 29 cas cités dans la thèse de Lambert (Paris, 1931) et les deux cas dont nous publions les observations inédites, à la fin de cette thèse.

C'est dire la rareté de cette affection ; c'est dire aussi la difficulté que l'on éprouve à en étudier l'étiologie.

En effet, beaucoup d'observations sont incomplètes sur des points qui nous intéressent, tels que l'âge, la nationalité, le nombre de grossesses de la malade. On trouve dans les ouvrages traitant du volvulus du côlon pelvien en général, que cette affection s'observe plus fréquemment chez les Israélites de l'Europe Centrale. Nous avons voulu vérifier cette assertion en relisant les 31 observations. Aucune ne mentionne la nationalité de la malade, mais 18 sont publiées en langue allemande ou slave ; nous ne retiendrons par cette proportion, n'étant pas autorisé à induire de la nationalité du chirurgien à celle de la malade.

Il nous a paru difficile de trouver un intérêt quelconque à l'étude de l'âge de la malade. En effet, le volvulus, en dehors de la grossesse, s'observe surtout après 40 ans. D'après les 31 cas observés, le maximum de fréquence serait avant 30 ans, mais il ne faut pas oublier qu'avant d'interpréter ces chiffres, il conviendrait de tenir compte de l'âge optimum de la grossesse, âge qui se trouve entre 20 et 30 ans.

Il faudrait donc un beaucoup plus grand nombre d'observations pour conclure.

Le nombre de grossesses antérieures nous retiendra davantage. Un fait nous a frappé immédiatement, c'est que la multiparité semble nettement favoriser le volvulus. Sur les 23 cas où la parité est indiquée, un seul cas appartient à une primipare, et tous les autres à des multipares. Ce facteur étiologique mérite donc d'être retenu. Nous avons cherché à l'expliquer et voici les hypothèses que nous formons à ce sujet :

La grossesse étant une cause continuelle de constipation, on conçoit que la répétition des grossesses entraîne à la longue un certain degré de distension colique. Il est d'observation journalière que les femmes ayant eu de nombreuses grossesses, en conservent une constipation chronique. Il est logique d'admettre, et il serait aisé de vérifier, que cette constipation est en rapport avec un méga-côlon plus ou moins marqué. Or, nous verrons en étudiant le mécanisme du volvulus que la distension de l'anse oméga, le méga-côlon, est précisément un des facteurs pathogéniques de cette variété d'occlusion intestinale.

D'autre part, nous imaginons volontiers qu'un trouble important doit être apporté à la statique des organes abdomino-pelviens par une mauvaise sangle abdominale. De nombreuses grossesses, en détruisant la solidité des muscles pariétaux, n'arrivent-elles pas aussi à détruire l'équilibre des pressions intra-abdominales, et, de cette façon, à favoriser un déplacement inharmonieux une ptose, un volvulus?...

Un second facteur étiologique mérite d'être retenu : c'est le voisinage du terme de la grossesse. Dans la presque totalité des cas, l'accident est survenu au cours

des deux derniers mois de la gestation. A priori, cela semble paradoxal. Il paraît surprenant, en effet, que dans un abdomen distendu au maximum par une grossesse à terme, un déplacement important soit possible. Si l'on se représente le volume d'une anse oméga distendue, telle qu'on la découvre lors d'une intervention pour volvulus, et le mouvement de rotation qu'elle a effectué autour d'elle-même, on est impressionné par l'importance du déplacement intra-abdominal, et on le juge incroyable.

Mais considérons tout d'abord que la surdistension colique est secondaire à la torsion; surtout, considérons que c'est au voisinage du terme que les modifications de volume sont, sinon les plus importantes, du moins les plus rapides. Nous ne voulons pas retenir le rôle qu'on pourrait faire jouer aux mouvements du fœtus; si importants qu'ils soient, ces mouvements nous paraissent hors de cause, et disproportionnés avec le bouleversement intra-abdominal que constitue une torsion colique.

Nous ne voulons retenir qu'un fait qui nous a frappé, en consultant dans les traités classiques les tableaux où sont inscrites les augmentations progressives de volume de l'utérus au cours de la grossesse. Nous y avons constaté que cette augmentation de volume n'est progressivement régulière qu'au début, mais qu'à la fin de la grossesse, elle devient rapide. Il y a donc un moment voisin du terme, où une rapide augmentation de la masse utérine vient bouleverser l'équilibre abdominal, refouler le diaphragme, déplacer les anses, « bousculer », si l'on peut s'exprimer ainsi, une anse oméga alourdie de matières accumulées, en équilibre instable sur la corde du ligament infundibulo-pelvien,

Dans d'autres cas, plus rares, le volvulus s'est produit au moment du travail. L'explication en est aisée : les considérations que nous venons d'émettre pouvant s'appliquer aussi bien à une déplétion brusque, qu'à l'augmentation de volume du 9^e mois.

Enfin, dans quelques observations, il est vrai plus rares, la torsion se serait produite vers la fin du troisième mois. Comment interpréter le rôle de la grossesse à cette date ? Nous avons rappelé plus haut, qu'au début de la gestation, l'utérus croît progressivement et régulièrement de volume ; donc aucun déplacement brusque, aucune secousse, aucune impulsion ne pourrait être donnée par lui à une anse, même prête à se volvuler ? Eh bien si. Il suffit de se représenter de quelle façon se produit l'augmentation progressive de volume de l'utérus gravide. Au début, pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'utérus reste un organe uniquement pelvien, l'augmentation de tension intra-péritonéale produite par la grossesse est essentiellement pelvienne ; d'ailleurs dans les cas où se manifestent des signes de compression, seuls les organes du pelvis, les indiquent. Le retentissement de la grossesse sur les organes abdominaux proprement dits est nul. Ce n'est qu'à partir du troisième mois que le ventre commence à grossir ; à ce moment, l'utérus gravide émerge au-dessus du détroit supérieur ; de pelvien, il devient abdominal. Quel est alors le premier organe abdominal avec lequel il entre en rapport ? C'est précisément l'anse oméga qui, anatomiquement, s'étale et déploie son méso à la limite supérieure de la cavité pelvienne, qu'elle semble protéger. Elle forme une sorte de couvercle à double charnière postérieure et

gauche (les deux racines primitive et secondaire de son méso), couvercle que l'utérus vient lever de son fond au moment où il sort de la boîte pelvienne. Il se produit donc fatalement à ce moment, entre l'utérus et l'anse sigmoïde, une collision, dans laquelle l'utérus continue imperturbablement son ascension verticale, tandis que l'anse sigmoïde est obligée de s'effacer.

(Il convient ici de faire une remarque : pour qu'il ne nous soit pas reproché d'avoir écrit que le côlon pelvien est un « organe abdominal » par opposition à « organe pelvien ». L'anse oméga n'est véritablement une anse pelvienne qu'à l'état de vacuité et chez un individu normal à anse courte. Mais nous verrons plus loin qu'il s'agit toujours ici d'anse distendue anormalement longue, et par conséquent entièrement « abdominale. »)

C'est à ce moment qu'elle peut se volvuler, à la condition que se trouvent réunies les autres conditions nécessaires à la production d'un volvulus. Ce sont ces conditions que nous allons maintenant étudier.

Pathogénie

Le mécanisme de la production d'un volvulus est incontestablement un des chapitres les plus passionnants qui existent dans l'histoire des syndromes abdominaux urgents

Il y a, en effet, pour qui a vu, au cours de l'intervention, cette anse d'un volume prodigieux enroulée sur elle-même à la manière d'une toupie, quelque chose de mystérieux, d'inexplicable, et toutes les hypothèses semblent permises a priori. Il en était ainsi du moins dans ces dernières années où l'on donnait pour toute explication : la constipation. L'anse dilatée, lourde, se couvait sur le promontoire, basculait et se volvulait. C'était là une explication simpliste, mais on s'en contentait, jusqu'au jour où le Professeur FORGUE, dans un article lumineux paru dans la *Presse Médicale*, le 10 janvier 1920, éclaira d'un jour nouveau la pathogénie du volvulus du côlon pelvien.

Deux causes sont reconnues prédisposantes : l'une est une malformation congénitale, une anse longue à méso long ; l'autre est une malformation acquise, la méso-sigmoïdite rétractile de Virchow. L'adulte normal a acquis, au lieu du côlon infantile à anse longue et à méso long, une anse courte à court méso, fixée de court à la partie postéro-gauche du bassin et hors d'état de se tordre.

Certains sujets gardent le type infantile par arrêt d'évolution, par anomalie évolutive ; leur anse sigmoïde est donc flottante, vouée au volvulus parce que longue et pourvue d'un méso long.

A côté de cette anomalie de longueur de l'anse, une autre anomalie congénitale semble de plus en plus jouer un rôle : c'est la dilatation congénitale du côlon pelvien le méga-côlon ou maladie de Hirschprung.

La malformation acquise est la fameuse méso-sigmoïdite rétractile de Virchow : c'est elle qui donne au méso cet aspect scléreux, opaque, blanc tendineux, qui rétrécit les vaisseaux et trouble la circulation (détail qui prendra une grande importance lorsque le sphacèle deviendra imminent). C'est elle qui rapproche les deux extrémités de l'anse à son pied, les attirant l'une vers l'autre par des cordages tendineux, denses et rétractiles et qui, au maximum, accole l'anse à elle-même en canon de fusil. On conçoit que cette méso-sigmoïdite rétractile, prédispose au volvulus de façon indéniable. Mais quelle est donc la cause première de cette péritonite scléreuse localisée ? A cette question on a répondu en alléguant l'irrigation ou l'infection atténuée, provoquée par des diverticules dont on sait que le côlon pelvien est le lieu d'élection ; mais ce n'est là qu'une hypothèse que nous n'approfondirons pas, car l'étude des diverticules du côlon nous entraînerait trop loin de la question qui seule doit nous retenir ici : quelle est la cause qui, au cours de la grossesse, déclenche le volvulus ? Est-ce la grossesse elle seule ?

La grossesse à elle seule, nous l'avons déjà laissé entrevoir, nous paraît capable de dilater le côlon pelvien au point de simuler une maladie de Hirschprung, mais quant à modifier la longueur de l'anse ou à créer une

péritonite chronique, il ne saurait en être question. Il nous faut donc admettre l'existence préalable de ces deux conditions, acquise et congénitale. Et pourtant, dans aucune des 31 observations que nous avons étudiées, nous ne trouvons signalée la méso-sigmoïdite rétractile de Virschow (sauf peut-être dans un cas, celui de BONNEY et BRIDGES). C'est pourtant une lésion grossière qui ne pourrait passer inaperçue, et nous ne supposons pas un instant qu'elle ait pu être passée sous silence dans trente comptes rendus opératoires. On est obligé de reconnaître qu'elle n'existait pas. Il y a donc une autre cause acquise prédisposante, et nous ne pouvons chercher cette cause ailleurs que dans l'état de gravidité. Il nous faut ici faire allusion au mécanisme invoqué par le Professeur CUNÉO au sujet d'une observation publiée par LÉVY-KLOTZ et PINARD. On ne s'étonnera pas de ne pas voir figurer ce cas dans notre référence bibliographique; nous ne l'y avons pas indiqué, car l'observation n'a pas été, et à juste titre, interprétée comme un cas de volvulus, mais comme une occlusion par bride. L'explication donnée par le Professeur CUNÉO était la suivante : A la faveur d'une latéro-version droite avec dextro-position exagérée de l'utérus, la tension du ligament infundibulo-colique gauche entraîne la coudure du côlon pelvien, surtout si le méso-côlon pelvien est court, et surtout, ce qui est fréquent, s'il y a adhérence entre le côlon pelvien et le pédicule utéro-ovarien gauche. Ce mécanisme semble être souvent incriminé dans les occlusions intestinales au cours de la grossesse, car dans beaucoup d'observations où la nature de l'obstacle n'a pas été reconnue, les auteurs notent soit l'extrême dextro-torsion de l'utérus, soit l'existence de brides non patho-

logiques. Nous nous sommes demandé s'il n'y avait pas là une influence susceptible de remplacer, dans une certaine mesure, la rétraction inflammatoire du méso-sigmoïde. Cette hypothèse si séduisante, qui permet d'expliquer de nombreux cas restés mystérieux, d'iléus au cours de la grossesse, ne pourra-t-elle pas s'appliquer au cas particulier du volvulus?

Il faudrait alors supposer que, dans un premier temps, il y aurait occlusion par coudure. Il nous a été impossible de vérifier de façon scientifique cette hypothèse, n'ayant, dans aucun cas, de précisions sur la position de l'utérus, au moment où se produisit l'occlusion. Mais cependant nous retiendrons un fait qui nous a frappé, et qui dans notre esprit ne manque pas de corroborer cette hypothèse : c'est que, dans la majorité des observations, la torsion intestinale est infiniment moins serrée que dans les cas de volvulus en dehors de la grossesse : un demi-tour en général, parfois un quart de tour.

Remarquons, qu'entre une torsion de un quart de tour et une coudure à angle droit, il n'y a qu'une différence de degré et non de nature. Il conviendrait donc de ne pas opposer de façon complète, de ne pas séparer, comme on le fait habituellement, iléus par coudure et iléus par volvulus. D'autant plus qu'il est souvent beaucoup plus difficile qu'on ne l'imagine d'examiner, lors de l'intervention, le siège même de l'étranglement, qui se trouve au contact de la paroi postérieure ; c'est-à-dire très loin en profondeur. Dans une observation, celle de KREIS, nous croyons avoir trouvé un point en accord avec notre hypothèse. L'observation de KREIS porte en effet : « Un large ligament (?) allait du bord de l'utérus à l'S iliaque qui, attiré en

bas par ce moyen, se trouvait coudé et tordu. Le ligament fut sectionné. Guérison. »

Il ne semble pas que l'auteur ait attaché à ce ligament d'autre intérêt que celui d'une curiosité anatomique. Or, nous savons que de tels ligaments sont loin d'être exceptionnels. On décrit, en effet, dans les traités d'anatomie, trois ligaments : infundibulo-colique, infundibulo-pelvien et mésentérico-colique, en insistant sur la variabilité de ces formations et la fréquence de leurs anomalies. Il nous paraît intéressant d'y insister, et nous ne sommes pas éloignés de leur faire jouer un rôle de premier plan dans la pathogénie du volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse.

Anatomie pathologique

Dans la description des lésions découvertes à l'intervention, on insiste volontiers sur le volume de l'anse, le degré de la torsion et le sens de la rotation. Nous avons déjà tiré quelques conclusions au sujet du degré de la torsion. Le sens de la rotation ne nous retiendra pas, la fréquence relative des deux variétés « rectum devant » et « rectum derrière », étant à peu près indifférente.

Par contre, nous avons été frappé par un fait impressionnant : la fréquence et la précocité de la gangrène. Cette rapidité du sphacèle, déjà très grande dans tous les étranglements intestinaux, paraît véritablement foudroyante dans cette variété d'occlusion intestinale. Doit-on en accuser une particularité de ce volvulus ? Ou bien doit-on en accuser l'état de gravidité ? Plusieurs causes, à notre avis, concourent à accélérer la marche du processus de nécrose. Avant tout, c'est incontestablement le retard qu'apporte au diagnostic d'occlusion l'état de grossesse. Nous verrons en étudiant le diagnostic, les nombreuses causes capables de retarder l'intervention chirurgicale. Mais, d'autre part, la grossesse ne peut-elle pas être accusée plus directement ? Nous avons vu que le volvulus se produisait fréquemment à la faveur d'une augmentation rapide du volume de l'utérus. Cette augmentation de volume est nécessairement liée à une exagération de la circu-

lation sanguine et lymphatique dirigée dans les vaisseaux utérins. Il est logique d'admettre que, par contre-coup, les autres organes pelviens subissent un ralentissement circulatoire, une anémie relative. Il n'en faut pas plus pour expliquer la particulière rapidité de la nécrose ischémique du côlon pelvien en cas de volvulus survenant à ce même moment et pour cette même cause.

Symptomatologie

Les symptômes du volvulus du côlon pelvien chez une femme enceinte sont loin d'être toujours identiques. Le tableau est en effet très variable, suivant le moment où se produit l'iléus. D'une façon un peu schématique (et nous nous en excusons), nous essaierons de séparer les signes d'occlusion, des signes de volvulus, et enfin les modifications que l'état de gravidité apporte à ce tableau. Suivant une remarque suggérée par notre maître, le Docteur J. RAVINA, accoucheur des hôpitaux de Paris, ces modifications interviennent toutes pour aggraver le pronostic et rendre le diagnostic encore plus difficile. Nous sommes heureux à ce sujet, d'adresser au Docteur RAVINA l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné, et pour les précieuses indications qu'il nous a fournies si obligeamment pour l'édification de cette thèse.

Il est habituel, dans les ouvrages et les articles traitant du volvulus du côlon pelvien, d'entrer immédiatement dans la description de la phase aiguë, celle qui correspond à la torsion. Et pourtant, si on se rapporte au chapitre du mécanisme, on remarque l'existence préalable de plusieurs lésions : dilatation colique, anomalie de longueur de l'anse, méso-sigmoïdite. Il est évident que ces lésions ne peuvent exister en l'absence de toute traduction clinique. C'est pourquoi il nous

semble particulièrement intéressant de faire précéder l'étude de la phase aiguë de celle d'une phase prémonitoire. Remarquons dès maintenant l'intérêt diagnostique considérable de cette phase. Le diagnostic, nous le verrons, est, à la phase d'iléus, d'une difficulté considérable, nous dirons même que souvent, il est impossible. Or, si l'on était capable, et nous verrons que cela n'est pas une simple vue de l'esprit, de faire d'avance le diagnostic de « menace de volvulus », que de temps gagné et combien d'erreurs évitées ! N'est-ce pas d'ailleurs la sublime prétention de notre art, de prévenir plutôt que de guérir, chaque fois que cela nous est possible ?

Certains auteurs avant nous, ont même été plus loin dans cette voie et ont été jusqu'à prétendre que l'occlusion devait être considérée comme une complication du volvulus, la période d'état de cette affection étant précisément cette phase prémonitoire, dont nous allons essayer d'esquisser l'allure clinique.

Jusqu'où faut-il remonter pour trouver le début de cette phase prémonitoire ? Evidemment, bien avant la grossesse, puisqu'il s'agit en partie de lésions congénitales. Nous nous trouvons donc ramenés à étudier d'abord des troubles du transit colique en dehors de la gestation. La symptomatologie est dominée par une histoire de constipation chronique entrecoupée de crises de constipation plus tenace encore. Il s'agit d'une femme ayant eu de nombreuses grossesses qui se plaint d'être terriblement constipée. Evidemment, c'est là un tableau clinique d'observation particulièrement banale, mais il s'agit ici d'une constipation remarquablement tenace, d'une femme habituée aux laxatifs les plus variés et aux lavements perpétuels, en un mot,

obsédée par sa constipation. Trop de médecins ont tendance à ne pas attacher à ces cas toute l'importance qu'ils méritent. Sans doute, bien souvent, ce n'est là qu'une simple paresse intestinale, une ptose du côlon transverse ; mais si l'on ne pratique pas systématiquement chez toute femme constipée chronique, un lavement baryté, on peut être sûr d'ignorer parfois soit un cancer colique, soit un volvulus en puissance. On sera amené à pratiquer cet examen dans les circonstances suivantes. C'est à l'occasion d'une exacerbation du symptôme constipation, d'une crise d'obstruction intestinale, d'une occlusion incomplète, crise que l'on peut interpréter comme une ébauche de volvulus, comme un cri d'alarme du côlon qui, trop long, trop mobile, tend à se couder et même à se tordre sans encore s'étrangler. Si l'on voit la malade à cette période il faut un examen radiologique attentif, après administration de belladone. Le lavement bismuthé montrera l'anse sigmoïde ; si elle est très dilatée, sinueuse, très mobile dans l'abdomen, fixée par contre par un pied étroit, on aura le droit de porter le diagnostic de menace de volvulus, et de proposer l'intervention.

C'est ainsi qu'on pourra éviter, dans quelques cas, grâce à une opération pratiquée dans les meilleures conditions, l'apparition ultérieure du cataclysme nécessitant une intervention urgente d'une gravité exceptionnelle. Mais nous serons beaucoup plus catégorique pour le cas où de semblables troubles seraient présentés par une femme enceinte. On a beaucoup insisté récemment sur l'intérêt primordial qu'il y a à surveiller attentivement l'appareil digestif d'une femme enceinte. Combien d'affections, survenant au cours de la grossesse, viennent en effet du tube digestif ? Sans

vouloir aborder le grave problème de l'infection intestinale latente, du syndrome entéro-rénal, des pyélonéphrites, de toutes les collibacillooses, nous pouvons affirmer sans risque d'être contredit, que la majorité des accidents de la grossesse viennent du tube digestif. C'est pourquoi tout accoucheur qui surveille l'évolution d'une grossesse se présentant dans les meilleures conditions, ne doit pas manquer de porter une attention continuelle à l'appareil digestif de sa malade. Il ne nous paraît pas exagéré d'en préconiser l'examen systématique, chez toute femme enceinte, au double point de vue bactériologique et anatomique. Le second seul nous retiendra. Nous ferons remarquer que dans tous les cas où s'est produit un volvulus, cette redoutable occlusion ne se serait pas produite si l'on avait pratiqué, au début de la grossesse, un examen radiologique du côlon. On aurait dû le pratiquer d'autant plus que chez ces malades, la constipation était tenace et rebelle et qu'on ne doit pas supporter chez une femme enceinte de pareilles stases stercorales. On aurait à coup sûr porté le diagnostic de « menace de volvulus » et on serait probablement intervenu. Nous n'avons pas connaissance qu'un tel cas se soit jamais présenté. Dans toutes les observations que nous avons retrouvées, la notion de phase prémonitoire a échappé et la malade a été opérée en pleine phase aiguë.

C'est cette phase aiguë que nous allons maintenant étudier, et nous allons essayer de suivre les étapes du diagnostic qui sont schématiquement : un diagnostic d'occlusion en général, un diagnostic de localisation sur le côlon pelvien, et nous verrons que souvent on a été bien heureux de se contenter de la première qui,

à elle seule, constitue la plus formelle des indications opératoires.

Le début est brutal, et se manifeste par une douleur violente siégeant dans la fosse iliaque gauche, mais dans certains cas, dont on entrevoit immédiatement l'extrême difficulté diagnostique, l'occlusion se constitue progressivement. Il s'agit d'une obstruction qui se complète et c'est dans ces cas que le début peut ne pas attirer particulièrement l'attention de la malade qui croit à une crise semblable aux précédentes. Elle redouble les moyens habituels dirigés contre sa constipation qui, cette fois, résiste aux purgatifs et aux lavements qui ne font qu'aggraver la situation. Le siège iliaque gauche de cette douleur n'est pas non plus absolument constant. Parfois la douleur n'a pas de localisation précise. Parfois elle a une localisation trompeuse, iliaque droite ou épigastrique. En tout cas, quand on est amené à examiner la malade, la douleur n'a généralement plus de siège précis, elle a déjà diffusé à tout l'abdomen. La modalité de cette douleur n'a rien non plus de bien caractéristique. Tandis que dans les occlusions du grêle et, en particulier, dans les autres étranglements intestinaux, la douleur a une autre allure paroxystique, évoluant par crises atrocement douloureuses, séparées d'intervalles de calme relatif, ici elle a souvent une allure presque continue, comme si les réactions douloureuses étaient émoussées sur ce côlon habitué à souffrir depuis longtemps par d'anciennes lésions et de fréquentes crises d'obstruction.

Un signe si hautement évocateur d'occlusion intestinale : le vomissement, manque bien souvent. Insistons sur ce signe négatif, car parfois le médecin s'est refusé à admettre un diagnostic d'occlusion, manque

de ce signe qu'il considérerait comme nécessaire. Remarquons que le vomissement est un signe d'autant plus précoce que l'occlusion a un siège plus élevé, et que le volvulus du côlon pelvien est après le cancer recto-sigmoïdien, l'occlusion la plus basse. Par contre, un signe classique d'occlusion ne manque pour ainsi dire jamais : l'arrêt complet des matières et des gaz. Nous savons bien que l'on a signalé des cas où des gaz passaient encore. Mais ces cas correspondent précisément à des volvulus peu serrés, sans lésions intestinales, et nous imaginons volontiers (bien que cela ne puisse être prouvé) qu'il s'agissait là d'ébauches de volvulus, de volvulus partiels, qui auraient peut-être guéri spontanément, qui, en tout cas, ne menaçaient pas immédiatement la vitalité de l'anse et par conséquent la vie de la malade. Il s'agissait probablement dans ces cas d'opérations pratiquées avec un diagnostic d'occlusion confirmée et qui, en réalité, appartenaient à la période prodromique. Pour nous, il ne saurait être question d'occlusion intestinale « complète » sans ce maître symptôme : l'arrêt complet des matières et des gaz. Tels sont les trois signes fonctionnels : douleur, vomissements, arrêt des matières et des gaz, qui se présentent diversement au début et qui font appeler le médecin au chevet de la malade. Parfois ces signes fonctionnels sont nets et permettent déjà d'entrevoir le diagnostic ; bien souvent ils sont trompeurs et le diagnostic reposera uniquement sur l'examen physique de l'abdomen.

Le médecin, en découvrant la malade, se trouve en présence d'un abdomen considérablement distendu. A l'inspection, il peut avoir la chance d'observer des ondulations péristaltiques ; c'est tout à fait exception-

nel. Il faut chercher néanmoins à les faire naître par une percussion légère et saccadée. Mais en pratique, l'anse étranglée est d'emblée paralysée et se laisse passivement distendre par les gaz. Cette distension localisée, ce symptôme décrit par von WAHL, est sans conteste le signe majeur de l'occlusion intestinale. C'est ce même symptôme, le seul, pourrait-on dire, qui a été interprété différemment à propos du volvulus et qui fut décrit sous le nom de signe de Bayer et de signe de Nothnagel. Le signe de Bayer consiste en la distension irrégulière de l'abdomen, distension oblique de l'hypocondre droit à la fosse iliaque gauche. Cette distension n'est autre que le soulèvement de la paroi par l'anse occluse ; ce n'est donc pas un signe différent du signe de von Wahl. Il en est de même pour le signe du ballon de Nothnagel qui traduit la même impression par le procédé de la percussion. Si ce symptôme a pu, dans certains cas, être constaté nettement en dehors de la grossesse, il n'en est pas de même sur un abdomen déjà distendu par un utérus à terme, et nous verrons plus loin les modifications qu'apporte l'état de grossesse à la symptomatologie de l'occlusion. En somme, rien de précis dans les signes physiques : un gros ventre souple, sonore, douloureux, parfois déformé régulièrement. L'utérus gravide gêne l'appréciation de l'anse, la distension de l'anse gêne l'appréciation de l'utérus gravide. Et pourtant, il y a un examen qu'à notre grand étonnement nous n'avons pas trouvé signalé : c'est l'examen radioscopique. De plus en plus, on tend à utiliser la radioscopie pour le diagnostic des syndromes urgents de l'abdomen. Récemment on insistait sur l'intérêt de cet examen dans le diagnostic des ulcères perforés, et nous avons personnellement

assisté à plusieurs cas dans lesquels le diagnostic ne put être affirmé à temps que grâce à cet examen. Actuellement où il existe au voisinage de toute salle d'opération une installation radiologique, où l'on a à sa disposition des appareils portatifs, quel inconvénient pourrait-il y avoir dans un examen rapide à l'écran, bien entendu sans lavement opaque? Le retard apporté à l'intervention? Mais n'est-il pas indispensable avant tout d'avoir un diagnostic d'intervention? Précisément l'examen sous écran peut nous apporter ce diagnostic. Il permettrait de constater l'anse dilatée et en même temps qu'il affirmerait le diagnostic d'occlusion, permettrait dans une certaine mesure d'en préciser le siège ainsi que la situation exacte de l'utérus.

Tels sont les signes physiques du volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse. Les signes généraux ne sont guère démonstratifs, du moins au début. Il convient, en effet, de distinguer deux périodes : une première période d'accidents presque purement mécaniques, pendant laquelle on constate simplement une accélération du pouls sans modification thermique ; une seconde période d'intoxication stercorémique au cours de laquelle se manifestent les symptômes de la plus grande intoxication : le pouls devient extrêmement rapide, la température baisse, la tension artérielle tombe, le faciès se tire, la langue se sèche. On sait actuellement que cette intoxication stercorémique a pour témoin sinon pour cause une hypochlorémie contre laquelle il sera toujours indiqué de lutter après l'intervention par la sérothérapie hypertonique intraveineuse. Parmi ces signes d'occlusion, quels sont ceux qui appartiennent vraiment en propre au volvulus? C'est tout d'abord le long passé intestinal, l'histoire de

constipation avec poussées d'obstruction, l'absence de vomissements, la dilatation oblique de l'abdomen. Mais à ce tableau clinique, la grossesse apporte de grandes modifications. La présence d'un utérus gravide, surtout à partir du 5^e mois, gêne considérablement la palpation et contribue à augmenter le volume de l'abdomen qui présente rapidement des dimensions considérables. La majorité des cas s'observent après le 5^e mois, on peut juger de la difficulté de l'examen et du peu de renseignements qu'on peut en tirer. Nous ne reviendrons pas sur la difficulté qu'il peut y avoir à ne pas considérer comme une banale constipation de la grossesse, l'arrêt des matières et des gaz due à l'occlusion. Ce dernier symptôme, en définitive, reste le seul précis, c'est lui qui toujours a permis de poser le diagnostic d'intervention, mais il a fallu un interrogatoire serré pour bien mettre en évidence ce symptôme de premier plan.

De même les signes généraux sont, eux aussi, modifiés par l'état de gestation. Cette modification se produit encore dans le sens d'une aggravation, ce que l'on a pu expliquer de la façon suivante : la vascularisation plus intense des organes abdominaux et du péritoine favorise un accroissement du pouvoir de résorption péritonéal et expliquerait l'intoxication plus rapide de l'organisme, la relative fréquence de l'infection généralisée à toute la séreuse, qui a pu s'observer sans rupture de l'anse. C'est d'autre part la colibacillose latente chez toute femme enceinte constipée, et qui ne fait que s'exacerber à la faveur d'un arrêt brusque du transit ; l'intoxication stercorémique venant en quelque sorte se surajouter à une intoxication préexistante.

Enfin l'évolution elle-même est modifiée par la grossesse. Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique, et nous avons essayé d'interpréter la particulière fréquence de la gangrène, c'est dire la marche rapide que la grossesse impose à cette redoutable occlusion. Nous n'insisterons pas sur le tableau lamentable de cette phase ultime de l'occlusion intestinale non opérée. Aux signes d'occlusion, c'est-à-dire d'intoxication, s'ajoutent ceux de la grande infection péritonéale. La malade restant lucide jusqu'au bout, assiste à sa fin qu'annoncent le hoquet et les vomissements fécaloïdes. Dans plusieurs cas, on a signalé une particularité évolutive, que certains ont interprétée comme une complication, d'autres comme un élément de bon augure : nous voulons parler de l'accouchement prématuré survenant en pleine occlusion. En réalité, cette évacuation de l'utérus a souvent peu d'action sur la marche de l'occlusion. Cette constatation a surtout un intérêt thérapeutique sur lequel nous reviendrons.

Formes cliniques

La forme typique que nous avons décrite est la forme survenant au neuvième mois de la grossesse. Elle est susceptible de quelques variantes, que nous avons déjà indiquées au cours de l'étude des symptômes. Nous retiendrons néanmoins quelques cas particuliers, pour ne pas dire formes cliniques, à cause du trop petit nombre des observations connues.

C'est ainsi que dans trois cas, l'accident est survenu au cours de l'accouchement ; dans trois cas, au cours du troisième mois. Nous retiendrons aussi quelques cas que nous considérerons comme « complications », ce sont : un cas avec éclampsie (G. BRAUN), un cas avec péritonite par propagation (A. ASMUTH BARTEL), un cas associé à un volvulus du grêle (BECKER), un cas compliqué d'ictère grave ; tous ces cas se sont terminés par une issue fatale.

Diagnostic

Nous avons déjà indiqué l'extrême difficulté du diagnostic, et ce qui en découle, l'effroyable pronostic de cette variété d'occlusion au cours de la grossesse. Pratiquement, nous nous croyons autorisé à dire que le seul diagnostic que l'on puisse avoir la prétention de poser dans un cas semblable, est celui d'occlusion intestinale sans en préciser la cause. En effet, si quelques auteurs ont émis la possibilité d'un volvulus, aucun n'a affirmé le diagnostic avant l'intervention. Mais ramenée à l'étape du diagnostic d'occlusion, la difficulté est encore parfois considérable.

Evidemment, il est des cas où le diagnostic d'iléus s'impose : Douleur brutale, paroxystique, arrêt complet des matières et des gaz, ballonnement abdominal constituant par leur triade un diagnostic indiscutable d'occlusion. Mais quand ces signes manquaient de netteté, on a pu hésiter avec : une colique hépatique ou néphrétique, un kyste tordu ; ces affections ont des signes qui leur sont propres, et quand elles s'accompagnent d'un syndrome occlusif, celui-ci est toujours incomplet et jamais on n'observe « l'arrêt complet des matières et des gaz ».

En présence d'un syndrome occlusif certain, le diagnostic est encore à faire avec une hernie étranglée, mais on connaît la règle absolue de ne jamais porter un diagnostic d'occlusion avant d'avoir exploré tous

les orifices herniaires. De même avec une péritonite appendiculaire qui, on le sait, revêt, au cours de la gestation, le type occlusif.

Le diagnostic d'occlusion étant posé, l'intervention s'impose ; on cherchera néanmoins à parfaire le diagnostic, c'est-à-dire à éliminer les autres causes d'occlusion qu'on peut observer au cours de la grossesse. Nous ne nous sommes pas donné pour but d'étudier les autres causes, nous rappellerons néanmoins la grossesse extra-utérine capable de provoquer une occlusion non seulement au début en tant qu'hématocèle, mais plus tard dans le cas exceptionnel où elle a passé la période des accidents ; nous rappellerons également la rétroversion d'un utérus gravide. Enfin quand l'occlusion survient au terme de la grossesse, nous avons déjà vu qu'on a pu confondre la douleur intestinale et la douleur utérine. La douleur de l'occlusion est également intermittente, mais ses paroxysmes ne coïncident pas avec les contractions utérines.

Pronostic

Deux facteurs concourent à rendre particulièrement sombre, le pronostic de cette affection. C'est tout d'abord le retard apporté à l'intervention par un diagnostic longtemps hésitant. On sait, en effet, qu'en matière d'occlusion, le pronostic est essentiellement une question d'heures. L'autre est dû au terrain sur lequel évolue cette occlusion : la précocité de la gangrène de l'anse occluse, due, croyons-nous, à l'état de gravidité, et surtout l'intoxication surajoutée de la stercorémie sur un terrain déjà intoxiqué par la colibacillémie et l'auto-intoxication gravidique. D'ailleurs, sur 28 cas, dont nous avons pu trouver les résultats, nous relevons 10 cas de mort. Les deux cas nouveaux, dont nous publions les observations *in fine*, se sont tous deux terminés par la guérison. Ce sont là deux succès chirurgicaux qui font honneur aux opérateurs qui ont pratiqué l'intervention : M. J.-Ch. BLOCH et M. BANZET.

Quant au pronostic considéré du côté de l'enfant, il est absolument désastreux, et nous sommes fier de publier l'observation inédite de M. LAENNEC, qui est le deuxième cas connu dans toute la littérature (le premier est de DONALDSON), dans lequel on ait pratiqué avec

succès l'opération césarienne au cours de l'intervention pour volvulus du côlon pelvien.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue le cas de MATRY qui, dans une observation publiée à la Société de Chirurgie, en 1930, cite un cas de récurrence.

Traitement

Le diagnostic étant posé, l'intervention ne doit subir aucun retard et ne doit connaître aucune contre-indication. C'est ainsi que M. J.-Ch. BLOCH a opéré une malade porteuse d'une phlegmatia alba dolens.

Si on intervient avec le seul diagnostic d'occlusion sans en connaître la cause, il ne faut pas oublier la distinction capitale entre obturation et strangulation, et éviter l'erreur déjà commise de faire un anus cœcal. Certains chirurgiens ont même pratiqué dans la fosse iliaque droite une fistule sigmoïde croyant pratiquer une dérivation cœcale. Il est inutile de dire qu'une telle opération laisserait évoluer l'étranglement et, par conséquent, la gangrène de l'anse. La seule voie d'abord indiquée est la voie médiane, ou une large voie iliaque gauche. On tombe immédiatement sur l'énorme anse volvulée, on apprécie le sens et le degré de la torsion, et on examine l'anse. Il est conseillé par la plupart des auteurs de la vider, soit par ponction, soit mieux, par une sonde rectale. La conduite à tenir varie suivant les cas.

Envisageant tout d'abord le problème sous le seul jour chirurgical, double indication commune, dans tout iléus par strangulation, de rétablir le transit et d'assurer la vitalité de l'anse. Pour répondre à ces deux indications, plusieurs opérations sont possibles : la détorsion simple — opération la plus simple, la moins cho-

quante ; — elle n'est possible que si la vitalité de l'anse n'est pas en cause. On lui fait deux reproches : le premier est de ne pas empêcher la récurrence, et certains auteurs avaient proposé de la compléter par un colopexie, opération que l'on a abandonnée ; le second est de laisser subsister un méga-côlon. Les indications en restent donc limitées aux cas où l'on est obligé d'aller vite, à cause de l'état de faiblesse de la malade. On se réservera toujours de faire ultérieurement, dans de meilleures conditions, la résection d'un méga-côlon resté en place et susceptible de récurrence. La détorsion ne peut donc être conservée qu'à titre d'opération palliative. Cette méthode est évidemment d'une grande simplicité, mais n'est possible qu'en l'absence de lésions intestinales.

Les deux méthodes suivantes sont applicables à tous les cas. Nous éliminerons d'emblée la résection immédiate suivie d'entérorraphie circulaire. Cette méthode est contraire au grand principe, la division des temps opératoires, principe qui a tant contribué à améliorer le pronostic de la chirurgie du côlon gauche.

L'extériorisation, suivie de la résection, pratiquée « hors du ventre », est sans conteste l'opération qui répond le mieux au double but que l'on se propose : elle répond en outre à l'indication de supprimer un méga-côlon, enfin à celle d'éviter toute récurrence. C'est d'ailleurs une opération aussi bénigne que la détorsion simple.

Aussi la plupart des auteurs l'ont-ils adoptée dans la chirurgie du volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse (même sans lésion de l'anse) (LECERCLE, VANLANDE, BACHY, WEEKS, DE LA MARNIÈRE, OKINCZYCK).

Dans le cas particulier qui nous intéresse, la grossesse crée des conditions bien différentes : en cas de grossesse au début, il semble qu'on puisse agir comme si la grossesse n'existait pas. L'intervention a les plus grandes chances de provoquer l'avortement, mais dans quelques cas exceptionnels, la grossesse pourra peut-être continuer d'évoluer favorablement. Mais c'est surtout dans le cas de grossesse à terme que la présence de l'utérus crée une énorme difficulté opératoire. Plusieurs méthodes ont été proposées :

— l'opération césarienne, pratiquée comme premier temps d'une intervention qui sera poursuivie comme en dehors de la grossesse ;

— l'accouchement provoqué systématiquement avant l'intervention ;

— enfin l'intervention dirigée uniquement sur le côlon, suivie d'un accouchement provoqué ou spontané.

Il nous paraît impossible de poser les indications respectives de ces trois méthodes, d'autant que chacune se décompose en deux, suivant que l'on pratique la détorsion simple ou la résection. La résection après extériorisation, qui, nous l'avons vu, est actuellement considérée comme la méthode de choix dans le traitement du volvulus en dehors de la grossesse, nous paraît contre-indiquée dans tous les cas où l'évacuation de l'utérus n'est pas déjà effectuée. En effet, les contractions de la paroi au cours de l'accouchement risqueraient de provoquer une éviscération au niveau de l'anus artificiel récemment institué. Dans tous ces cas, donc, la détorsion seule est possible. Mais si l'évacuation de l'utérus (par les voies naturelles ou par césarienne) précède le temps colique, les deux méthodes

opératoires semblent également applicables. En pratique, la résection n'a été appliquée qu'aux cas où il y avait sphacèle. Nous considérons cependant qu'il ne peut y avoir que des avantages à la pratiquer dans le cas où l'évacuation de l'utérus est déjà effectuée.

Observations

OBSERVATION DE M. J.-Ch BLOCH

Chirurgien des Hôpitaux

GESTATION COMPLIQUÉE DE PHLÉBITE ET D'OCCLUSION INTESTINALE AIGUE PAR VOLVULUS DU CÔLON PELVIEN; LAPAROTOMIE, DÉTORSION ; RÉSECTION SECONDAIRE DU CÔLON ; GUÉRISON.

par MM. J.-Ch. BLOCH et RICHARD KOHN

Mme K..., au 7^e mois 1/2 d'une gravidité, compliquée depuis dix jours d'une phlébite droite, immobilisée en gouttière, présente brusquement, le 10 novembre 1931, des signes d'occlusion intestinale aiguë. Je suis appelé auprès d'elle ce jour, à 10 heures du soir, par Richard Kohn, qui me demande d'intervenir.

A ce moment, les signes d'occlusion sont complets : arrêt des matières et des gaz, vomissements bilieux, état général touché avec hypothermie relative (38°) et inversement, accélération du pouls (120). L'abdomen est fortement météorisé; il existe des mouvements péristaltiques. Bref, le diagnostic s'impose, mais la cause de l'occlusion reste mystérieuse, et comme il existe des antécédents douloureux et qu'on a même parlé autrefois d'appendicite, nous pensons, Kohn et moi, qu'il s'agit vraisemblablement d'un iléus par bride, et tout en prenant nos précautions en raison de la possibilité d'une embolie au cours du transport, décidons, d'un commun accord l'intervention qui est pratiquée le soir même à la maison de santé.

Anesthésie à l'éther (Kohn); aide: Sylvain Blondin. Laparotomie médiane sous et latéro-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen, je découvre des anses fortement météorisées. La dilatation porte sur la totalité des anses, côlon compris. J'extériorise l'utérus, constate que le descendant lui-même est dilaté et me porte directement vers le côlon pelvien, que je trouve tordu sur lui-même de deux tours, sans lésion importante de la zone stricturée. Détorsion du côlon. Une sonde est introduite par l'anus, qui permet l'issue d'une quantité considérable de gaz et de matières. Vu l'état général, je m'en tiens là et referme l'abdomen en un plan aux crins perdus.

Le lendemain, 12 novembre, la situation s'est aggravée. La malade est dans un état septicémique, la température à 39°5. Une phlébite se déclare du côté gauche, et l'on immobilise le membre gauche.

Le 12 au soir, la température monte à 40°5, le pouls passe à 120, 140, 180. La situation paraît désespérée. De Gennes, appelé en consultation le 13 au matin, conseille une transfusion et Tzanck pratique immédiatement une immuno-transfusion (streptocoque), qu'il renouvelle le 13 au soir.

Cette double transfusion n'a produit qu'une amélioration passagère. Le pouls est mieux frappé, mais toujours à 170, la température à 40°5. M. Devraigne, appelé en consultation, examine la malade, fait le diagnostic d'interruption de la grossesse et pense que l'évacuation de l'utérus va se faire spontanément.

Dans la nuit du 13 au 14, ses prédictions se réalisent et Richard Kohn pratique l'accouchement d'un enfant mort, accouchement difficile chez une femme récemment opérée, présentant une double phlébite, immobilisée en gouttière.

Cet accouchement est suivi d'une véritable résurrection. La malade se sent immédiatement beaucoup mieux, le pouls se ralentit, elle reprend entièrement connaissance.

Le 14 au matin, la situation est absolument renversée. Le pouls s'est ralenti, bat aux environs de 100, la température tombe à 39°, l'abdomen s'aplatit, la malade rend des gaz, puis, en 48 heures, le pouls tombe à 80, la température à 37°5, et le 17 commence une convalescence, qui n'est interrompue par aucun incident et que ne prolonge que l'immobilisation des deux membres inférieurs.

Au 40^e jour, on supprime les gouttières; la malade se acord, l'intervention, qui est pratiquée le soir même, à lève, son état s'améliore de jour en jour.

Vers le début d'avril, une petite crise douloureuse, sans gravité, inquiète la malade, qui sait qu'elle doit subir une nouvelle intervention. Une radiographie, pratiquée par Lagarenne, nous montre que le mégacôlon n'est pas tordu et qu'il n'existe aucune occlusion nouvelle. Malgré tout, je onseille de ne pas attendre plus longtemps pour pratiquer la résection colique et, le 12 avril 1932, j'opère la malade.

Incision de Mac Burney gauche, extériorisation du côlon pelvien et adossement en canon de fusil des deux anses sur une longueur de 5 centimètres environ (12 avril 1932).

Le 15 avril, résection extra-péritonéale de l'anse extériorisée.

Le 23 avril, pose de l'entérotome de Dupuytren.

Le 30 avril, chute de l'entérotome.

Le 2 mai, apparition de selles par l'anus.

Le 23 mai, nouvelle pose de l'entérotome pour section d'un petit éperon résiduel.

Le 13 juin, je pratique la fermeture extra-péritonéale de l'anus.

Guérison *per primam*, sans incident.

La guérison s'est maintenue, l'opérée ne présente plus aucun trouble.

Elle a été revue à diverses reprises depuis cette époque.

L'apparition d'un volvulus du côlon pelvien au cours de la gravidité est un fait sinon exceptionnel, du moins rare. La thèse de A.-C. LAMBERT (Paris, 1931) en rassemble 30 cas, dont un inédit de GUIBE. De plus, MATRY (de Fontainebleau) en a publié un cas à la Société de Chirurgie (10 décembre 1930).

Nous avons pu réunir ainsi 31 cas publiés et il en existe certainement d'autres. Malgré tout, cette association constitue encore une rareté. Elle suggère une réflexion : la production d'un volvulus peut-elle être favorisée par une grossesse ?

Pour répondre à cette question, il faut se rapporter aux causes même du volvulus colique, dont la pathogénie a été exposée d'une façon lumineuse par un article de FORGUE, de la *Presse Médicale*.

Cet auteur a bien montré, en effet, que le volvulus ne peut apparaître que sur un intestin prédisposé. Pour qu'il puisse se reproduire, il est indispensable que deux facteurs soient réunis : anse longue et pieds rapprochés. La première de ces conditions est d'ordre congénital, la deuxième d'ordre pathologique. A ce rapprochement des deux pieds de l'anse concourt, en effet, l'inflammation du méso, dont on retrouve les traces sous forme de ces traînées blanchâtres de méso-sigmoïde rétractile, sur l'existence de laquelle les auteurs allemands avaient déjà insisté.

Un côlon ainsi prédisposé peut se tordre sous l'influence de divers facteurs (constipation, changement brusque de la statique abdominale, etc.). Le volvulus peut donc apparaître en dehors de toute gravidité, mais il est certain que cette dernière, survenant chez une

malade ainsi prédisposée, constituera un facteur supplémentaire, dont il ne faut pas méconnaître l'importance.

L'association volvulus-grossesse étant soupçonnée, peut-on en faire le diagnostic, lorsque survient brusquement une occlusion intestinale au cours de la gravidité? Je ne le crois pas.

Déjà sur un individu normal, le diagnostic de volvulus colique est difficile. Il se base sur l'existence d'antécédents douloureux, liés à de petites crises de torsion antérieures, sur l'apparition relativement tardive des vomissements, signes bien incertains, et sur deux signes physiques classiques : la distension irrégulière de l'abdomen (signe de Bayer) et la sonorité élevée de l'anse tordue (signe du ballon de Hothnagel). On conçoit aisément que la recherche de ces deux signes soit bien inutile au septième mois d'une grossesse. Dès lors, l'occlusion seule est diagnostiquée, mais sa cause demeure mystérieuse. La laparotomie exploratrice parviendra seule à élucider ce mystère. Elle doit être pratiquée dans tous les cas et seule permet d'éviter l'opération palliative, tel que l'anus cœcal, qui ne sert à rien, puisqu'il laisse évoluer la striction et, partant, la gangrène intestinale.

RÉFLEXIONS THÉRAPEUTHIQUES

Le traitement logique du volvulus dès qu'il a été reconnu est la résection en plusieurs temps du côlon pelvien. Ce point est indiscutable. Mais, comme à toute règle, il existe des exceptions. Ceci pour répondre à une question qui pourrait m'être posée. J'ai, dans le cas que je vous rapporte, préféré remettre à plus tard

la résection et faire l'opération minima, c'est-à-dire la détorsion simple, pour des raisons précises, tenant à l'état général de la malade.

Cette dernière était, en effet, atteinte d'une phlegmatia depuis dix jours. Je savais que son transport, même pratiqué avec la plus extrême douceur, n'était pas sans danger, que même s'il n'occasionnait pas d'accidents emboliques immédiatement graves, il pouvait entraîner des mobilisations septiques et, de fait, ma prédiction s'est malheureusement réalisée, puisque ces accidents ont fait leur apparition dès le lendemain de l'intervention (septicémie veineuse et phlébite du côté opposé). En ce qui a trait à ces derniers, je suis tout à fait convaincu que les transfusions ont permis de gagner du temps, et je remercie tout particulièrement mes collègues DEGENNES et TZANCK, qui ont eu recours à elle. Dire si l'immuno-transfusion a ajouté quelque chose, je n'en sais rien.

Pour l'affirmer, il faudrait d'abord être certain que les accidents étaient d'origine streptococcique, et rien ne le prouve, puisque l'hémoculture n'a pas été pratiquée. Du reste, il semble bien démontré que dans notre cas, la gravité des symptômes était surtout liée à la rétention de l'œuf mort, puisque l'évacuation utérine en a déterminé la disparition quasi-immédiate.

Sans vouloir insister davantage sur cette partie de l'observation, je pense néanmoins qu'elle justifie la conduite que j'ai cru devoir tenir, en limitant au minimum l'importance de mon opération, en évitant la constitution immédiate d'un anus et en laissant ma malade se remettre de ses fatigues avant de lui faire subir la résection de son intestin.

Les faits ont prouvé que KOHN et moi avions raison.

La fin de l'observation concerne une chirurgie qui est purement intestinale, elle a trait à la technique de la résection colique et ne semble pas faire partie des préoccupations habituelles de notre société, à laquelle nous avons cru intéressant de confier cette observation rare par sa complexité.

(*Bulletin de la Société de Gynécologie*,
24 mai 1933, p. 383 à 386.)

OBSERVATION DE M. LAENNEC *ancien Interne des Hôpitaux*

Mme X..., âgée de 41 ans, dont les quatre accouchements antérieurs furent absolument normaux, est enceinte de 8 mois 1/2 environ. Ses quatre enfants, qu'elle a allaités, sont tous vivants et bien portants. Un seul point particulier dans les antécédents: elle est atteinte d'une constipation habituelle opiniâtre, nécessitant l'emploi fréquent de laxatifs.

Le 16 avril, à 2 heures du matin, elle est prise brusquement de douleurs abdominales, d'abord localisées à la fosse iliaque gauche, puis généralisées à tout l'abdomen, présentant les caractères de coliques intestinales qui les font attribuer à tort à une entrée en travail.

Cette sensation de douleurs est l'unique symptôme du tableau clinique, pendant les premières heures.

Une sage-femme, consultée vers 9 heures du matin, ne trouve aucun signe de travail et ne fait pas de diagnostic. Le Docteur Laennec est appelé auprès de la malade à 14 heures et fait les constatations suivantes:

La malade, dont l'état général semble parfait, a une température et un pouls absolument normaux, ne présente pas de vomissements, mais arrêt complet des matières et des gaz.

A l'examen de l'abdomen, on constate une distension volumineuse et l'on remarque que l'utérus gravide est refoulé vers la droite, complètement déporté à droite de la ligne médiane par cette masse sonore, au niveau de laquelle on voit se dessiner de façon très nette les contours d'une anse intestinale présentant par instant des mouvements péristaltiques; ces mouvements sont provoqués d'ailleurs particulièrement par la palpation et la percussion.

Le diagnostic d'occlusion est posé, et cela malgré la non-apparition des vomissements et le parfait état général.

La malade est opérée deux heures après par M. Banzet, chirurgien des hôpitaux. Intervention sous anesthésie générale (opérateur : M. Banzet ; aide : M. Laennec).

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Dès l'ouverture de l'abdomen on voit saillir une anse colique constituée par le côlon pelvien extrêmement dilaté présentant le diamètre d'un bras d'adulte. Cette dilatation intestinale, extrêmement marquée, rend nécessaire pour traiter la cause de l'occlusion, de pratiquer au préalable une opération césarienne corporéale donnant un garçon vivant pesant 2 kg. 750, suivi d'une délivrance immédiate donnant un placenta de 470 grammes; l'utérus est suturé en deux plans.

L'exploration de l'intestin est alors plus facile et on peut se rendre compte que le côlon pelvien est le siège d'un volvulus, l'anse sigmoïde présentant une torsion d'un tour complet sur elle-même. Pour faciliter la détorsion de l'intestin on fait introduire par un aide une sonde dans l'anus, qui permet l'évacuation d'une quantité importante de gaz et diminue d'autant le volume de l'anse tordue. Cette détorsion est pratiquée sans difficulté, et l'anse est examinée sérieusement : Aucune lésion n'existe au niveau de ses parois; elle est replacée en position normale sans que l'on pratique la fixation du côlon pelvien.

Fermeture de la paroi abdominale en deux plans : plan péritonéo-aponévrotique par points séparés à la soie ; plan cutané, agrafes et crins.

Les suites opératoires furent normales et sans aucun incident.

Points intéressants de l'observation.

1° D'une part, dans une certaine mesure, la difficulté du diagnostic.

2° Il nous a semblé que, dans un tel cas, il était avantageux de faire précéder d'une césarienne, le traitement du volvulus, d'une part, pour faciliter l'intervention, d'autre part, pour mettre la femme à l'abri d'un accouchement dans les heures qui suivent, accouchement qui pourrait troubler les suites opératoires.

3° Malgré le conseil donné par certains auteurs, il n'a pas été fait de fixation de l'anse volvulée. Malgré cela, nous ne croyons pas que dans l'avenir, il sera nécessaire de recourir à une autre intervention, à condition toutefois que cette femme soit surveillée de très près au point de vue intestinal, et que la constipation soit soigneusement évitée.

4° Une nouvelle grossesse chez cette femme devra être l'objet d'une surveillance très attentive, la récurrence étant fortement à craindre.

Conclusions

A propos de deux nouvelles observations de volvulus du côlon pelvien au cours de la grossesse, nous avons repris l'étude de cette variété exceptionnelle d'occlusion intestinale, et nous en déduisons les conclusions suivantes :

I. — Cette affection est particulièrement rare puisque nous n'avons pu en retrouver que 31 cas dans toute la littérature médicale.

Deux facteurs étiologiques nous ont paru dignes d'être retenus : la multiparité et le voisinage du terme.

II. — Nous interprétons de la façon suivante le rôle favorisant de la multiparité : Elle favorise une constipation chronique qui, à la longue, crée une dilatation du côlon pelvien, dilatation qui est une des conditions nécessaires à la production d'un volvulus ; d'autre part elle affaiblit la sangle des muscles de l'abdomen et de cette façon apporte un trouble à l'équilibre statique des organes abdomino-pelviens.

Le voisinage du terme dont le rôle étiologique semble paradoxal, favorise la production du volvulus, car c'est au cours du 9^e mois que l'augmentation de volume de l'utérus se fait d'une façon particulièrement rapide.

III. — Le rôle de la grossesse dans la pathogénie du volvulus nous paraît indiscutable, à condition de ne le considérer que comme un facteur déclanchant, une cause congénitale, la longueur de l'anse sigmoïde restant indispensable à la production du volvulus. La grossesse déclanche un volvulus prêt à se produire si l'utérus est en dextro-position exagérée, position qui tend la corde du ligament infundibulo-colique sur laquelle le côlon vient se couder avant de s'enrouler sur lui-même.

IV. — Dans l'étude des lésions un fait nous a frappé, c'est la rapidité du sphacèle. Nous considérons qu'outre le retard apporté au diagnostic il convient d'incriminer l'état de gravidité, qui apporte un trouble dans la circulation sanguine et lymphatique des organes pelviens.

V. — Nous avons insisté sur la phase prémonitoire et sur l'intérêt prophylactique qu'il y aurait à pratiquer systématiquement l'examen radiologique de toute femme enceinte constipée.

VI. — Nous avons insisté également sur ce fait que l'état de grossesse modifie considérablement le tableau clinique, et toujours dans le sens d'une aggravation pronostique.

VII. — A propos du diagnostic nous avons indiqué l'intérêt qu'il y aurait dans les cas difficiles et quand l'installation le permet, à examiner le malade sous écran, examen qui permettrait d'affirmer le diagnostic, en montrant la clarté exagérée d'une anse distendue par des gaz.

VIII. — Le pronostic maternel est très grave. La mortalité est d'environ 30 %. Cette gravité nous semble due, moins au retard apporté au diagnostic dans plusieurs cas, qu'au terrain particulièrement défavorable à la lutte contre l'auto-intoxication stercorémiq.

IX. — Le pronostic foetal est presque mortel.

X. — De l'étude critique des différentes méthodes thérapeutiques que nous avons envisagées, nous déduirons d'une façon un peu schématique :

— au début de la grossesse, pratiquer l'extériorisation suivie de résection : ou bien l'avortement surviendra le lendemain sans risque d'éviscération, ou bien la grossesse continuera son évolution, sans troubler l'évolution de l'anus artificiel temporaire.

— à la fin de la grossesse, on peut choisir entre deux opérations :

soit la détorsion simple, possible seulement si l'anse est viable et à condition de faire la résection plus tard, après l'accouchement. (C'est cette opération qui est le plus souvent pratiquée.)

soit l'évacuation première de l'utérus, suivie immédiatement de l'extériorisation puis de la résection de l'anse hors du ventre.

Vu le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu, le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur,

S. CHARLETY.

Bibliographie

- BECKER. — Die Achsendrehung des Dickdarms in Beziehung zu Schuargerschaft und Geburt. *Monasschrift für Geburts hülfe und gynäkologie*, 1908, t. 28, pp. 155-162.)
- BOHLER (E.). — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 26^e année, N^o 1, janvier 1931, pp. 17 à 25.)
- BRAUN (G.). — Die Enterastensen in ifrer Beziehung zur Graviditat und Geburt. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 1885, t. 35, pp. 761-765.)
- BRAUN (H.). — Über die operative Behandlung der Axendrehung der flexura sigmoïdea. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, 1892, t. 43, pp. 164-195.)
- GAUCHERY. — Etude sur les occlusions intestinales pendant la puerpéralité. (*Thèse de Paris*, 1902.)
- JANKOWSKI. — Der Volvulus des Dickdarms. (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, 1913, t. 124, p. 298.)
- KELLER (R.). — Occlusion intestinale et grossesse; le pseudo-iléus puerpéral. (*Gynécologie*, Paris, 1925, t. 24, pp. 354-363.)
- KONIG (E.). — Über volvulus in der graviditat. (*Archiv für Klinische Chirurgie*, Berlin, 1922, t. 12, pp. 188-197.)
- LAMPE. — Der volvulus der flexura Sigmoidia in der Gynäkologie und Schuangerschaft. (*Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1909, t. 29, pp. 405-417.)
- LECÈNE. — Contribution à l'étude des volvulus du gros intestin. (*Revue de Chirurgie*, 1910, t. XLI, pp. 21-44.)

- LEITNER. — Ileus und Schwangerschaft. (*Inaugural dissertation*, Leipzig, 1927.)
- LEMERCIER. — Occlusion intestinale et puerpéralité. (*Thèse de Paris*, 1908.)
- LUDWIG. — Ileus bei Schwangerschaft geburt und Wochenbett. (*Zeischrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1914, t. 75, p. 324.)
- MIKULICZ RADEKI (V.). — Ileus und graviditat. (*Munche-ner medizinische Wochenschrift*, 1926, p. 1352.)
- RENAN. — Le syndrome d'occlusion intestinale dans ses rapports avec la gestation, le travail et les suites de couches. (*Thèse de Paris*, 1921.)
- VAUTRIN. — L'occlusion intestinale pendant la grossesse. (*Gynécologie*, Paris, 1922, t. 21, pp. 193-200.)
- AASMUTH BARTHEL. — Laparatomie Wegen Volvulus Protokolle des Verins St Pétersbourg Artze 18 février 1886. (In *St Pétersbourg médizinsche Wochenschrift*, 1886, p. 148.)
- GOTTSCHALK. — Zur Ihere von der retroversio uteri gravidi, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Enterostenosen in ihrer Beziehung zur Schwanger schaft. (*Archiv für gynäkologie*, 1894, t. 46, p. 361.)
- BRETANER. — A cese of volvulus of the large intestine complicating pregnancy. Recovery. (*The american Journal of obstetrica*, 1903, t. 48, pp. 356-358.)
- PIOTROWSKY. — Occlusion intestinale aiguë pendant la grossesse et les suites de couches (en polonais) (*Przeglad lekars ki*, 1903, N° 32-35. *Ref. Zentralblatt für Gynäkologie*, 1905, p. 249.)
- MORETIN. — Volvulus de l'S iliaque au terme de la grossesse. (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 1904, p. 624.)
- OLIVIER (A.). — Note sur un cas d'occlusion intestinale au cours de la grossesse. (*Annales de la Policlinique de Paris*, avril 1905, pp. 73-79.)
- SCHWARTZ (Elbling). — Nord-ostdentsche Gisellschaft für Gynäkologie, 23 janvier 1909. (*Ref. Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1909, t. 29, p. 531.)

- ATABEKOU. — Journal für Geburtshilfe und Gynäkologie, 1910 (en russe). (Ref. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1911, p. 1137.)
- FLORENCE. — Occlusion intestinale et grossesse. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 1914, p. 219.)
- MARKOWA. — Przegląd lekarski 1914, N° 23. (Ref. *Zentralblatt für gynäkologie*, 1914, t. 38, p. 1179.)
- SMITH (L.). — Ein fall von doppelten volvulus Während der gravidität. (*Medizinische revue Betgen*, 1914, p. 317. Ref. *Zentralblatt für gynäkologie*, 1915, p. 400.)
- BONNEY and CHITTENDEN BRIDGES. — Pregnancy complicated by volvulus of the pelvis colon. (*British Medical Journal*, 27 décembre 1919, p. 846.)
- DONALDSON. — Pregnancy complicated by volvulus of the sigmoid flexure, causing intestinal obstruction. (*British medical journal*, 13 décembre 1919, p. 774.)
- KREIS. — *Zentralblatt für gynäkologie*, 1920, p. 976.
- HANDHORN. — Ileus on der Schwangerschaft. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1922, t. 46, pp. 1057-1062.)
- GONZALEZ. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Buenos-Ayres, 5 juin 1924. (*Semana medica*, 1924, t. 31, N° 29, pp. 158-161.)
- SHILLER. — Drei Falle von ileus in der gravidität. (*Zentralblatt für gynäkologie*, 1924, t. 48, pp. 86-91.)
- WESTMANN. — A case of volvulus occuring in Pregnancy. (*Acta obstetrica et gynecologia scandinavia*, 1928, t. 7, pp. 114-117.)
- MATRY. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïde. (*Bulletin de la Société Nationale de Chirurgie*, 1930, t. 56, N° 33, pp. 1418-1422.)
- LAMBERT. — Volvulus de l'S iliaque au cours de la grossesse. (Thèse de Paris, 1931.)
- LECERCIE. — Volvulus du côlon pelvien. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 18 novembre 1932.)

- VANLANDE. — Volvulus d'un méga-sigmoïde; colectomie en deux temps; guérison. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 18 novembre 1932.)
- BACHY. — Volvulus de l'S iliaque. Deux observations. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 18 novembre 1932.)
- WEEKS. — Volvulus d'un mégacôlon sigmoïdien. (*Annals of Surgery* (Philadelphie), 5 mai 1931.)
- MARNIÈRE (DE LA) (Okinzykc). — Quatre cas de volvulus de mégacôlon pelvien, traités par la résection en plusieurs temps. (*Bul. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1^{er} juin 1932.)

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Etiologie	13
Pathogénie	19
Anatomie pathologique	25
Symptomatologie	27
Formes cliniques	37
Diagnostic	39
Pronostic	41
Traitement	43
Observations	47
Conclusions	57
Bibliographie	61



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



